

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N° 1054

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon FOUKS

Ancien Externe des Hôpitaux.

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Né le 20 mars 1914, à Paris (Seine).

Contribution à l'Étude

des

Traitements Psychiatriques Modernes :

Insulinothérapie, Cardiazolthérapie, Cure Mixte

TRAVAIL DE LA MAISON DE SANTÉ DE NEUILLY-SUR-MARNE
MÉDECIN-CHEF, M. LE DOCTEUR RONDEPIERRE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

7501

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon FOUKS

Ancien Externe des Hôpitaux.

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Né le 20 mars 1914, à Paris (Seine).

Contribution à l'Étude

des

Traitements Psychiatriques Modernes :

Insulinothérapie, Cardiazolthérapie, Cure Mixte

TRAVAIL DE LA MAISON DE SANTÉ DE NEUILLY-SUR-MARNE
MÉDECIN-CHEF, M. LE DOCTEUR RONDEPIERRE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAINDEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAI.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÈNEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547125_0018

A MES PARENTS

Témoignage de profonde affection et reconnaissance.

A MON BEAU-FRERE

LE DOCTEUR BERNSTEIN

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la médecine.

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin des Hôpitaux.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RONDEPIERRE

Médecin-Chef de la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Hommage de dévouement et de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EY

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

Professeur agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des maladies mentales.
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR RONDEPIERRE

Médecin-Chef de la Maison de santé de Ville-Evrard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHANES

Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBLINEAU

Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MENUAU

Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

*Qui nous a toujours témoigné une bien-
veillance et une amitié dont nous le re-
mercions.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Il n'est pas dans notre intention de faire un travail complet sur les traitements psychiatriques modernes. Depuis deux ans le nombre des publications parues sur ce sujet est considérable. Nous avons cependant pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'apporter les résultats obtenus à la Maison de Santé de Ville-Evrard au cours d'une année de traitement.

On trouvera dans les thèses récentes de CHOPLIN et BENOIST tous les détails techniques et théoriques. Nous nous bornerons à souligner certaines particularités de technique que nous avons appliquées sous la direction de notre Maître, M. le Docteur RONDEPIERRE, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard. Nous nous proposons aussi d'insister sur quelques accidents qui nous ont paru peu fréquents, mais d'un gros intérêt. Enfin nous comparerons ces résultats ou rémissions spontanées si fréquemment observées dans les maladies mentales.

Après avoir soulevé à ses débuts un grand enthousiasme, l'insulinothérapie et la cardiolthérapie a connu des détracteurs et malgré de nombreux congrès, de nombreux essais de mises au point (nous rappellerons notamment la séance de la Société Médico-Psychologie de Mai 1939 entièrement consacrée

à cette question sous la présidence de notre Maître, Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE). Les différents auteurs ne sont pas encore parvenus à trancher le débat.

Nous espérons que les quelques résultats que nous apportons ici pourront servir à une mise au point ultérieure.

ORGANISATION DU SERVICE ET CONDUITE DE LA CURE

Un des traitements psychiatriques qui semble avoir éveillé les plus grands espoirs est sans conteste le traitement des états schizophréniques par l'insuline, par le cardiazol et par les deux médications combinées.

L'idée du traitement des psychoses par l'hypoglycémie préconisée par SAKEL est issue en dernière analyse de celui des morphinomanes par des doses limites d'insuline : involontairement en traitant des morphinomanes, SAKEL créa des états hypoglycémiques parfois graves qui l'incitèrent à les utiliser dans le traitement des états d'excitation psychique. La cure par l'hypoglycémie fut donc d'abord une cure symptomatique, déjà utilisée d'ailleurs par d'autres auteurs contre le symptôme « refus d'aliments ». Ce n'est que plus tard que SAKEL, toutefois précédé par JASCHKE et HAACK, insista sur l'amélioration de l'état psychique en général des schizophrènes par l'insulinothérapie.

L'idée du traitement des psychoses par le cardiazol revient à VON MEDUNA. Cette idée est née de cette constatation que l'épilepsie est un phénomène qui ne

se voit qu'exceptionnellement chez les sujets présentant une constitution schizoïde et chez les malades atteints de démence précoce. Les auteurs espéraient en provoquant des crises épileptiques chez les schizophrènes, modifier leurs facteurs humoraux et les éléments de leur constitution psychique.

L'idée du traitement mixte par le cardiazol et par l'insuline revient à plusieurs auteurs et GEORGI s'en est fort occupé. Actuellement, il est de pratique courante d'associer le cardiazol à l'insulinothérapie lorsque cette dernière méthode ne donne pas les résultats escomptés.

Depuis près de trois ans, tant à Fains qu'à la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne, le Docteur RONDEPIERRE utilise ces 3 méthodes chez des malades de toutes catégories dont la psychose semble s'orienter vers la chronicité. C'est ainsi qu'ont été traités des schizophrènes, des malades atteints de psychose maniaque dépressive dont les accès semblaient vouloir se prolonger anormalement ou tendre vers une manie ou une mélancolie chronique, des confusions mentales aiguës à allure grave ou à pronostic sombre. Le Docteur RONDEPIERRE a tenté également de traiter des malades anciens, particulièrement des vieux Schizophrènes, internés depuis 10 ans et plus et nous verrons ultérieurement que les résultats obtenus chez cette catégorie de malades, loin d'être sans intérêt, montrent que réellement l'insuline, le cardiazol et la cure mixte les améliorent souvent au point de pouvoir espérer en perfectionnant la méthode, les rendre à une vie sociale élémentaire.

Il va de soi qu'avant d'entreprendre le traitement par l'un de ces trois procédés qui ne sont pas sans danger, il y a lieu de pratiquer chez tout malade un examen somatique complet portant particulièrement sur le cœur et les poumons. En principe nous évitons à la Maison de Santé de Ville-Evrard de pratiquer ces cures chez des sujets ayant dépassé la quarantaine. Chez les autres, nous examinons cliniquement et radiologiquement les poumons. Tout état tuberculeux, même léger, constitue une contre-indication absolue : dans les cas douteux nous utilisons la réaction de Vernes qui lorsqu'elle se montre légèrement anormale chez un sujet ayant présenté dans son passé des accidents pulmonaires suspects, nous induit à l'abstention.

Le cœur doit être examiné consciencieusement et systématiquement, nous pratiquons un électrocardiogramme qui doit être absolument normal. L'état de la tension artérielle doit également être étudié de près.

Le choix des malades étant fait, nous prévenons leurs familles des avantages de la méthode et de ses inconvénients et, à titre de garantie nous leur faisons signer le bulletin suivant :

Je soussigné M. X..., certifie donner aux Médecins de l'Hôpital Psychiatrique de Ville-Evrard, l'autorisation de traiter M. Y..., par l'Insuline ou par le Cardiazol.

Je déclare avoir été prévenu que cette thérapeutique nouvelle n'est pas absolument sans danger.

A la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne, le Docteur RONDEPIERRE a dû créer avec les moyens dont il disposait et assez rapidement, un Service d'insulinothérapie. C'est dans un Pavillon de Femmes que ce Service a été installé. Deux pièces sont réservées aux malades traités, l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Dans chacune de ces salles se trouvent 4 lits. Des infirmiers et des infirmières ont été choisis et instruits spécialement. Les malades traités, Hommes et Femmes, reçoivent leur injection d'insuline dans leurs pavillons respectifs dès 6 heures du matin — ils sont ensuite groupés et conduits, bien couverts, dans le service d'insulinothérapie. Chacun est couché et pour éviter toute chute au cours du coma, chaque malade est revêtu d'une camisole de force. Sur une table dans chaque pièce se trouvent des feuilles d'observation où de demi-heure en demi-heure sont notés par un infirmier la température, le pouls et les divers incidents précédant ou accompagnant le coma. Les Internes viennent de temps en temps surveiller les malades pour finalement pratiquer au moment du coma, en cas de cure mixte l'injection intraveineuse de cardiazol. Dès que les malades sont réveillés, ils sont groupés et reconduits dans leurs pavillons respectifs où ils peuvent prendre leur repas avec les autres malades.

Voici comment nous conduisons la cure.

Pour l'insulinothérapie, nous faisons pratiquer tous les matins à 6 heures au réveil une injection d'insuline. La dose de début est de 10 unités et nous aug-

mentons chaque jour la dose de 10 unités jusqu'à obtention du choc ou coma, précédé lui-même d'un demi-choc ou précoma. Voici ce que nous entendons par ces expressions. On se trouve en présence d'un demi-choc ou d'un précoma lorsqu'au cours d'un état hypoglycémique surviennent des troubles moteurs accentués (secousses cloniques) ou bien quand, par suite de son engourdissement, le malade n'est pas capable de boire tout seul le tilleul sucré. On se trouve en présence d'un choc ou d'un coma au moment même où le malade ne réagit plus à un appel ou à un attouchement prolongé et qu'il est impossible de le ramener à un degré quelconque de connaissance, de le réveiller en somme, la durée du coma ne doit pas dépasser 1 h. Il est à noter que certains malades se montrent soit sensibilisés, soit résistants vis-à-vis de l'Insuline. Il est intéressant de rechercher cet insulino-sensibilisation et de savoir lutter contre cette insulino-résistance, car dans tous les cas il semble qu'il y ait intérêt pour obtenir un choc d'utiliser le moins d'insuline possible. Certains malades entrés au début dans le coma avec une dose d'insuline de 150 unités par exemple, y entrent dans la suite avec une dose moindre — ces sujets sont sensibilisés à l'insuline et il peut y avoir danger de continuer à leur injecter la dose primitive. Il est d'autres malades chez lesquels l'obtention du coma nécessite l'utilisation de très fortes doses d'insuline, telles que 300 unités, ce qui peut ne pas être sans inconvénient: ces sujets sont des insulino-résistants. Pour éviter

les dangers de l'insulino-sensibilisation, nous essayons après chaque coma, de diminuer la dose de 5 à 10 unités, quitte à la relever le lendemain si le malade ne fait pas de coma. Lorsque ces malades semblent devenir insulino-résistants, nous employons comme pour les cas d'insulino-résistance caractérisée, la méthode des zigzags.

VON BRAUNMUHL a ainsi appelé une méthode qu'il préconise pour dépister l'insulino-sensibilisation et pour lutter contre l'insulino-résistance. Cette méthode consiste, dès qu'on a obtenu la dose de choc, à la diminuer 2 ou 3 jours après de moitié : il arrive parfois, si la sensibilisation est marquée, que cette demi-dose arrive à provoquer le choc; on la continuera dans la suite. Si l'insulino-résistance obtient parfois un choc en diminuant de moitié la dose élevée injectée sans effet pendant quelques jours, dès reprise de la dose élevée primitive on obtient alors un choc. Nous avons insisté sur cette méthode parce qu'à notre connaissance elle n'a pas été encore publiée dans la littérature médicale Française. Son intérêt tient en ceci que d'une part, elle permet d'économiser de l'insuline, et que d'autre part elle peut éviter certains accidents assez fréquents au cours de l'insulinothérapie, ces accidents étant dus à l'insulino-résistance et à l'insulino-sensibilisation.

Dès la fin de chaque coma, les Internes, dans la mesure de leur possible, se mettent en contact avec les malades, leurs parlent pour essayer soit de les tirer de leur mutisme, soit de corriger leurs idées

délinantes. Cette psychothérapie sur laquelle ont insisté tous les auteurs a une très grosse importance à notre avis.

Si au bout de quelques comas, l'état du malade reste inchangé, nous associons à l'insuline du cardiazol à la dose de début de 5 cm³ : c'est au moment où le malade se trouve dans le coma hypoglycémique que l'injection intra-veineuse de cardiazol est pratiquée avec toutes les précautions d'usage (il importe d'avoir toujours prête sous la main une seringue remplie de lobéline en cas d'arrêt respiratoire).

Dans certains états, n'appartenant ni à la schizophrénie, ni à la maniaco-dépressive, dans certaines confusions mentales (psychoses puerpérales par exemple), dans certains états délirants, dépressifs, nous avons souvent essayé en y parvenant parfois à enrayer et à écourter l'évolution de ces états en pratiquant trois fois par semaine une injection de cardiazol. Malheureusement, dès la 3^e injection de cardiazol, les malades effrayés par les symptômes subjectifs alarmants que leur donne le cardiazol refusent souvent énergiquement de poursuivre le traitement : c'est pourquoi dans les cas où l'insuline n'agit pas alors que le cardiazol est actif, nous avons pris l'habitude de ne faire du cardiazol qu'après avoir provoqué un coma par l'insuline et ceci, bien entendu, 2 fois par semaine.

Dans quelques cas, lorsque le cardiogramme n'était pas tout à fait normal, alors que le sujet était jeune

et sa tension artérielle normale, nous avons évité les accidents cardiaques à craindre en traitant le malade au cours de l'insulinothérapie par la coramine, le ciclython ou le pressyl. Chez un de nos malades, âgé de 30 ans, dont l'électrocardiogramme paraissait douteux (ce que nous avons cru être en rapport avec le tabagisme), ce procédé nous a donné d'excellents résultats.

Après de nombreux essais, nous avons adopté la méthode suivante :

Nous commençons la cure par l'insuline, puis à partir du 20^e coma si aucune amélioration n'est survenue nous instituons la cure combinée à raison de trois injections de cardiazol par semaine.

Si le cardiazol semble particulièrement agir comme nous le disions plus haut, nous nous contentons alors de faire trois fois par semaine une cure mixte. Le demi-choc insulinique suffit pour nous permettre de faire l'injection de cardiazol en évitant la résistance du malade à cette dernière thérapeutique.

Lorsqu'on ne peut faire le cardiazol intra-veineux, nous avons coutume de le faire intra-musculaire, mais cette voie nécessite de fortes doses, au moins doubles.

De plus, la crise est longue, dure parfois vingt minutes et le malade fatigué fait de longues phases d'apnée, aussi cette méthode, vu son danger, nous paraît une méthode d'exception qu'on ne doit pratiquer qu'en surveillant rigoureusement le malade pendant plus de trente minutes après l'injection : si au

bout de ce laps de temps la crise ne s'est pas produite, il convient par mesure de prudence d'administrer du gardénal à la dose de 0,20.

Signalons aussi une complication fréquente de cette méthode : les vomissements.

Nous diviserons les incidents que nous avons observés en graves et bénins :

INCIDENTS BÉNINS.

a) Hypothermie, une de nos malades, Mlle G..., observation N° , a présenté à plusieurs reprises des hypothermies accentuées, une fois cette hypothermie à 31°9 s'est accompagnée d'un collapsus cardiovasculaire avec tendances syncopales, chute de la tension artérielle, pouls rapide et filant; la remontée de la température ne s'est effectuée que très lentement, mais cet incident a cédé à une thérapeutique énergique (adrénaline, coramine, pressyl).

b) défaillance cardiaque qui se manifeste soit par une tachycardie à 100-120, soit par une bradycardie à 60-50; dans les 2 cas il y a lieu d'interrompre le choc. Nous avons essayé de lutter contre ces 2 sortes d'accidents en soutenant le système cardio-vasculaire au moyen de coramine et surtout de pressyl; souvent les résultats sont remarquables et permettent de continuer le choc; souvent même, le malade s'accoutume à l'insuline et supporte de mieux en mieux le traitement.

c) Crises convulsives. De type tétaniforme, elles

amènent parfois une cyanose considérable au point de faire craindre l'asphyxie, ou de type épileptiforme bénignes au début du choc, elles ne sont pas sans gravité à la fin; ils ne nous a pas semblé que ces faits aient une influence particulière sur le résultat du traitement. Fait curieux à signaler et sur lequel insiste le Docteur RONDEPIERRE, les malades présentant des crises épileptiques au cours du coma insulinaire ne sont pas forcément sensibles au cardiazol, parfois même il leur faut de fortes doses de cardiazol pour que puisse être déclenchée une crise convulsive.

d) Vomissements. Ils surviennent souvent au cours de la cure mixte, après l'injection de cardiazol; nous avons essayé de les prévenir en utilisant successivement l'atropine, la potion de Rivière, l'eau chloroformée. Mais nous n'avons obtenu aucun résultat satisfaisant. Le mieux semble être de ne faire absorber qu'une petite quantité de tilleul sucré et 15 minutes après de donner au malade des confitures.

e) *Lenteur du réveil.* — Nous citerons notamment Mlle P... (voir observation N°).

f) *Rechute du coma.* — Il faut réalimenter le malade.

h) Enfin nous avons fréquemment constaté chez les femmes des troubles de règles, parfois même de l'aménorrhée ayant persisté pendant toute la durée de la cure, ces troubles de la fonction ovarienne cèdent rapidement à un traitement endocrinien

(antépophyse ou folliculine). Le plus souvent même les règles réapparaissent d'elles-mêmes après cessation de la cure insulinique.

INCIDENTS GRAVES. — Nous avons observé :

Un collapsus cardio-vasculaire grave ayant rapidement cédé au traitement (M. J..., voir Observation N°).

Un état de mal épileptique tardif ayant duré plusieurs jours (Mme C..., voir observation N°). A ce propos, nous avons trouvé signalée dans l'ouvrage de BRAUNMUHL une observation très comparable à la nôtre. Pour cet auteur, les crises d'épilepsie tardive seraient dues à la diffusion de l'insuline dans l'organisme que provoque l'absorption du sucre. En conséquence, il préconise l'administration répétée de sucre par voie intra-veineuse.

Un coma prolongé.

1 cas de décès à la suite d'une poussée de tuberculose aiguë (Obs. 3).

Au cours du traitement par le cardiazol, nous avons observé un cas de fracture (M. H..., voir observation N° 32).

Nous tenons à bien préciser que par crainte de tels accidents, nous détachons systématiquement le malade avant l'injection afin de lui rendre la liberté de ses mouvements. Cette précaution n'a cependant pas empêché notre malade de se fracturer l'humérus.

En cas de phases d'acnée prolongée, il suffit le plus souvent d'appuyer sur le thorax du malade; le rythme respiratoire reprend lui-même.

OBSERVATIONS

I. — GROUPE DES DEMENCES PRECOCES

OBS. 1. — Mme Ar., 52 ans. Psychose hallucinatoire chronique, date de début 1936. Durée d'évolution 2 ans.

a) *Traitement au cardiazol seul* : 19 mai 1938 - 9 juillet 1938.

12 crises convulsives.

4 équivalents.

Légère amélioration.

b) *Traitement mixte* : 10 juillet 1938 - 31 août 1938.

Insuline : 21 comas.

Cardiazol : 2 crises convulsives.

2 équivalents.

Bonne amélioration.

c) *Traitement insuline choc, demi-choc* pour consolider les résultats.

Sortie le 16 mars 1939.

Bien que non guérie elle s'occupe utilement chez elle et son mari est fort satisfait du résultat.

Toujours bien.

OBS. 2. — Mlle Bad..., 30 ans. Démence précoce. Antécédents bacillaires, date de début 1935. Durée de l'évolution : 3 ans.

Traitement cardiazol seul 9 avril 38 - 16 juin 1938.

20 crises convulsives.

1 équivalent.

Rémission totale.

Sortie le 27 juin 1938. Toujours bien.

OBS. 3. — Mlle Ber..., 22 ans. Démence précoce, type hébéphrénique. Date de début 1933. Durée évolution 8 ans.

Traitement mixte : 30 juin 38 - 10 février 1939.

Insuline : 96 comas.

Cardiazol : 21 crises convulsives.

Aménorrhée depuis Janvier 1939.

Amélioration puis rechute.

Traitement interrompu le 10 février 1939 à la suite d'apparition de signes pleurétiques.

Décédée le 17 mars 1939 à la suite d'une poussée de tuberculose aiguë.

OBS. 4. — Mlle Bin..., 30 ans. Démence paranoïde. Date début 1936.

Durée de l'évolution : 3 ans.

Traitement mixte : 1^{er} mars 1939, 27 mai 1939.

Insuline : 27 comas.

10 demi-chocs.

Cardiazol : 3 crises convulsives.

Rémission totale. Sortie le 21 juin 1939.

Toujours bien.

OBS. 5. — Mlle Cal..., 45 ans. Démence paranoïde. Date de début Janvier 1936.

Durée de l'évolution : 2 ans 1/2.

Traitement : Insuline seule 4 juillet 1938 - 18 octobre 1938.

Insuline : 73 comas.

Cardiazol avec crise.

Bien réglée avant le traitement. Aménorrhée depuis Juil. 1938.

Légère amélioration.

OBS. 6. — Mme Coi..., 42 ans. Psychose hallucinatoire chronique. Date de début 21 novembre 1938. Durée de l'évolution : 6 mois.

Traitement : Insuline seule (18 avril 1939 - 3 mai 1939).

Insuline : 12 comas.

Le 3 mai avait reçu 125 unités : coma sans incident; réveil à 11 heures, avait déjeuné. Vers 14 heures apparition de crises convulsives épileptiformes.

Entre 14 heures et 16 heures 30, 8 grandes crises épileptiques avec 3 phases distinctes.

Alimentation : sérum glucosé intraveineux, adrénaline, somnifère, gardénal, acétylcholine. Les crises se calment : état comateux : on note alors Babinski bilatéral : réflexes tendineux et rotuliens vifs.

4 mai : abattue, se plaint de douleurs de la jambe droite.

5 mai : calme.

6 mai : calme, apparition des règles.

7 mai : se plaint de souffrir de la jambe droite; à 9 heures, quelques secousses musculaires dans le bras droit puis crises Jacksoniennes à début crural. A 3 heures véritable état de mal; les crises durent jusqu'à 2 heures du matin, malgré le gardénal — glycémie = 1,1,

8 mai : Crises réapparaissent vers 6 heures du matin; coma complet dans l'intervalle. Temp. 39°5. 10 crises entre 6 h. et 7 h. Babinski bilatéral, réflexes tendineux normaux; température 39°6; pouls 80, glycémie = 1 gr. 20. Ponction lombaire, liquide clair, tension 15, oscillations, acétylcholine, gardénal. L'état de mal persiste toute la journée. Vers 22 heures, la malade est toujours en état de mal; à 23 heures elle s'endort.

9 mai : Au réveil, elle se plaint de douleurs dans le côté droit; entre 10 et 11 heures quelques secousses musculaires isolées : soif vive, demande à boire.

10 mai : L. C. R. normal. Sucre 0,95. Cytologie normale.

11 mai : Fond d'œil normal.

Envoyée pour examen complet chez le Professeur Clovis VINCENT. Examen négatif.

Traitement sans résultat.

OBS. 7. — Mlle Des..., 30 ans. Hébéphréno-catatonie.

Date de début : Janvier 1935.

Durée de l'évolution : 3 ans.

a) *Traitement au cardiazol seul* (30 mars 1938 - 28 juin 1938).

26 crises convulsives.

14 équivalents.

Rémission puis rechute progressive.

b) *Insuline seule* (30 juin 38 - 30 juillet 38).

9 comas.

Rémission puis rechute.

c) *Traitement mixte.*

Insuline : 46 comas.

20 demi-chocs.

Cardiazol : 59 crises convulsives.

3 équivalents.

Rémission puis rechute.

d) *Traitement mixte* (1^{er} mars 1939 - 10 juin 1939).

Insuline : 30 demi-chocs.

Cardiazol : 26 crises convulsives.

Rémission puis rechute, très excitée.

Cure de sommeil : très légère amélioration.

OBS. 8. — Mlle Dub..., 32 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1931.

Durée de l'évolution : 8 ans.

Traitement mixte (8 mai 1939 - 1^{er} juillet 1939).

Insuline : 32 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 6 crises convulsives.

Rémission. Sortie le 12 juillet 1939.

OBS. 9. — Mlle Duc..., 24 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1933.

Durée de l'évolution : 3 ans.

Traitement mixte (2 juin 1939 - 12 juil. 39).

Insuline : 27 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 6 crises convulsives.

Rémission partielle puis rechute.

A pu sortir en permission.

OBS. 10. — Mme Fou..., 52 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1931.

Durée de l'évolution : 8 ans.

Traitement insuline à demi-choc (1^{er} février 1939 - 25 mars 1939).

Rémission partielle.

Sortie le 31 mars 1939.

Toujours bien.

OBS. 11. — Mlle Gar..., 47 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1932.

Durée de l'évolution : 6 ans 1/2.

Traitement mixte (2 juil. 1938 - 12 nov. 1938).

Insuline : 30 comas.

Cardiazol : 19 crises convulsives.

1 équivalent.

Bonne rémission (par suite de diverses formalités la malade n'a pu sortir que le 2 mai 1939), aurait rechuté vers le 15 juillet 1939.

OBS. 12. — Mlle Gou..., 29 ans. Schizophrénie.

Date de début : Janvier 1939.

Durée de l'évolution : 3 mois.

Traitement mixte (20 avril 1939 - 7 juil. 1939).

Insuline : 18 comas.

3 demi-chocs.

Cardiazol : 8 crises convulsives.

A fait plusieurs accidents d'hypothermie accentuée. Le

26 avril, temp. 31°9, collapsus cardio-vasculaire avec chute de la tension. Pouls filant. Tendances syncopales.

Adrénaline. Coramine. Cycliton. Alimentation.

8 mai : Temp. 32°9 avec tendance syncopale.

Action surtout du cardiazol.

Rémission partielle. Sortie le 11 août 1939.

OBS. 13. — Mlle Gri..., 30 ans. D. P.

Date de début. Septembre 1932.

Durée de l'évolution : 7 ans.

a) *Traitement mixte* (1^{er} juil. 1938 - 25 juin 1939).

Insuline : 80 comas.

1 demi-choc.

Action surtout du cardiazol. Rémission puis rechute.

b) *Traitement cardiazol seul* (5 juin 1939 - 24 juin 1939)..

Légère amélioration, puis rechute.

OBS. 14. — Mme Gro..., 36 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1936.

Durée de l'évolution : 3 ans.

Traitement mixte (30 juin 1938 - 31 août 1938).

Insuline : 21 comas.

Cardiazol : 3 crises convulsives.

2 équivalents.

Rémission totale, sortie le 15 septembre 1938.

Toujours bien.

OBS. 15. — Mlle Ler... Démence précoce.

Date de début : Août 1938.

Durée de l'évolution : 3 mois.

Traitement mixte (15 juil. - 20 juil. 1938).

Insuline : 3 comas.

Cardiazol : 3 crises convulsives.

Le 20 juillet, la malade ne se réveille pas de son coma et reste dans un état comateux durant 48 heures. La glycémie

faite à plusieurs reprises était aux environs d'1 gr. 55.

A la suite de cet accident la malade a présenté une rémission parfaite. Sortie le 22 septembre 1938.

Toujours bien.

OBS. 16. — Mlle Les..., 22 ans. Hébéphrénie.

Date de début : Novembre 1938.

Durée de l'évolution : 6 mois.

Traitement mixte (18 avril 1939 - 8 juil. 1939).

Insuline : 23 comas.

16 demi-chocs.

Cardiazol : 8 crises convulsives.

Certains par voie intramusculaire jusqu'à 17 cm³.

Très bien réglée avant le traitement. Aménorrhée du 18 avril au 16 juin.

Rémission partielle, sortie le 18 août 1939.

OBS. 17. — Mme Lev..., 39 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1935.

Durée de l'évolution : 4 ans.

Traitement mixte (24 mai 1939 - 30 juin 1939).

Insuline : 21 comas.

1 demi-choc.

Cardiazol : 9 crises convulsives (dont 2 intra-musculaires de 10 et 8 cent. c. par voie intraveineuse 4 cent. C. suffisait).

Rémission totale.

Sortie le 6 juillet 1939. Rechuté le 2 août 1939.

OBS. 18. — Mme Mon..., 42 ans. Psychose hallucinatoire chronique.

Date de début : 1936.

Durée de l'évolution : 3 ans.

Traitement insuline : uniquement demi-choc (8 juin 1939 1^{er} juillet 1939).

Traitement mal supporté. Sans résultat.

OBS. 19. — Mlle Pai..., 30 ans. Schizophrénie.

Date de début : Mars 1937.

Durée de l'évolution : 2 ans.

Traitement mixte (18 avril 1939 - 26 juin 1939).

Insuline : 35 comas.

6 demi-choc.

Cardiazol : 8 crises convulsives.

Très longue à se réveiller. Aménorrhée pendant toute la durée du traitement. Rémission partielle.

Sortie le 6 juillet 1939.

OBS. 20. — Mlle Pou..., 19 ans. Démence précoce.

Date de début : Juin 1938.

Durée de l'évolution : 5 mois.

a) *Traitement mixte* (19 nov. 1938-9 mars 1939).

Insuline : 80 comas.

4 demi-chocs.

Cardiazol : 20 crises convulsives.

Aménorrhée. Retour des règles après 12 injections d'anté-hypophyse et 50 gouttes d'Orex. Rémission partielle surtout due à l'insuline, puis étant devenue excitée, grossière, impulsive, a eu une cure de sommeil pendant un mois. Rémission partielle, sort en permission de temps en temps. Sortie définitive à envisager.

OBS. 21. — Mlle Pie..., 31 ans. Hébéphrénie, catatonie.

Date de début : Mars 1938.

Durée de l'évolution : 5 mois.

A la suite de l'insuline à petites doses (10 unités) a fait un coma. Au sortir de ce coma, elle a présenté une rémission.

Sortie le 24 août 1938.

OBS. 22. — Mlle Pin..., âgée de 29 ans. Psychose paranoïde.

Date de début : Janvier 1938.

Durée de l'évolution : 6 mois.

Traitement mixte (5 décembre 1938 — 9 février 1939).

Insuline : 27 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 9 crises convulsives.

Aménorrhée. Rémission totale.

Sortie le 18 février 1939.

OBS. 23. — Mlle Por..., 31 ans. Démence précoce. Type hétérophrénocatatonique.

Date de début : Juin 1934.

Durée de l'évolution : 3 ans 1/2.

1) *Traitement Cardiazol seul* (1^{er} avril 1938 - 16 juin 1938).

19 crises convulsives.

7 équivalents.

Amélioration.

2) *Traitement insuline seule* (5 juillet 1938 - 16 juin 1938).

37 comas.

Bonne rémission.

Sortie le 27 janvier 1939. Toujours bien.

OBS. 24. — Mlle Rul..., 30 ans. Hétérophrénocatatonique.

Date de début : 1932.

Durée de l'évolution : 5 ans 1/2.

Traitement mixte (1^{er} juillet 1938 - 5 mars 1939).

Insuline : 82 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 22 crises convulsives.

5 équivalents.

Règles irrégulières. Elle était bien réglée avant le traitement. Action surtout le cardiazol.

Bonne rémission puis rechute à type de confusion mentale en rapport avec calcul vésical compliqué de cystite.

Cet état confusionnel a cédé avec le traitement de sa cause.
Sortie le 11 juillet 1939.

OBS. 25. — Mlle Ser..., 32 ans. Schizophrénie.

Date de début : Août 1938.

Durée de l'évolution : 3 ans.

1) *Traitement mixte* (arrêté pour cause d'otite). (11 oct. 1938 - 14 janv. 1939).

Insuline : 29 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 18 crises convulsives.

3 équivalents.

Légère amélioration.

2) *Traitement insuline seule* (13 février-1939 - 22 mars 1939).

21 comas.

2 demi chocs.

Avant le traitement, était bien réglée. Aménorrhée depuis Novembre 1938. 12 injections d'antéhypophyse amènent le retour des règles. Bonne amélioration (permission 10 jours) puis rechute.

3) *Traitement mixte* (1^{er} mai 1939 - 25 mai 1939).

Insuline : 18 comas.

2 demi-chocs.

Cardiazol : 2 crises convulsives.

Légère amélioration (permission) puis rechute.

OBS. 26. — Mlle Vau..., 32 ans. Schizophrénie.

Date de début : 1932.

Durée de l'évolution : 7 ans.

1) *Traitement mixte* (23 octobre 1939 - 9 janvier 1939).

Insuline : 29 comas.

1/2 choc.

Cardiazol : 10 crises convulsives.

Rémission partielle puis rechute. Reprise du traitement.

2) *Traitement mixte* (20 janvier 1939 - 30 juin 1939).

Insuline : 39 comas.

3 demi-chocs.

Aménorrhée, la malade a eu 12 injections d'antéhypophyse.
5 injections de Benzogynestryl. 5 injections d'extrait d'orchidite. Une cure de sommeil pendant 1 mois.

Légère amélioration, puis rechute.

OBS. 27. — M. Bid..., 27 ans. D. P.

Date de début : Septembre 1937.

Durée de l'évolution : 2 ans 1/2.

Traitement cardiazol seul.

11 crises convulsives.

10 équivalents.

Légère rémission, de courte durée.

OBS. 28. — Mlle Dav..., 33 ans. D. P.

Date de début : 1923.

Durée de l'évolution : 15 ans.

Traitement mixte. (14 octobre 1938 - 14 février 1939).

Insuline : 57 comas.

6 demi-chocs.

Cardiazol : 19 crises convulsives.

5 équivalents.

A présenté un accident tardif d'asphyxie avec collapsus cardio-vasculaire, 1 heure après le réveil du comas insulinique; cet accident a cédé à une injection de sérum glucosé intraveineux et d'huile camphrée. Sans résultat.

OBS. 29. — M. Dec..., 34 ans. Schizophrénie.

Date de début : Septembre 1935.

Durée de l'évolution : 3 ans.

1) *Traitement cardiazol seul* (14 nov. 1938 - 30 nov. 1938).

6 crises convulsives.

2 équivalents.

Légère amélioration. Arrêt. Traitement trop pénible.

2) *Traitement Insuline seule* (5 décembre 1938 - 9 Janvier 1939).

17 comas.

1 crise d'épilepsie, sans gravité.

Rémission parfaite. Sorti le 22 janvier 1939.

Toujours très bien. A repris son métier.

OBS. 30. — M. Fou..., 20 ans. Hébéphréno-catatonie.

Date de début : Décembre 1935.

Durée de l'évolution : 3 ans.

1) *Traitement mixte* (22 juin 1938 - 12 janvier 1939).

Insuline : 74 comas.

2 demi-chocs.

Cardiazol : 34 crises convulsives.

Rémission partielle puis rechute.

2) *Traitement au cardiazol seul* (10 juin 1939 - 10 juillet 1939).

9 crises convulsives.

Au cours du coma insulinique, ce malade avait présenté à 3 reprises des crises d'épilepsie, ayant nécessité l'alimentation précoce, il s'est cependant montré résistant au cardiazol, ne faisant de crises convulsives qu'avec des doses de 8 à 9 cc.

Légère amélioration, puis aggravation. Refuse son traitement, s'agite, devient menaçant envers le Médecin, qu'il accuse d'être un assassin, refuse de recevoir ses parents, complice du Docteur, dit-il.

OBS. 31. — M. Gau..., 33 ans. Hébéphréno-catatonie.

Date de début : 1924.

Durée de l'évolution : 15 ans. A présenté au cours des divers traitements institués alors 4 rémissions d'une durée moyenne de 8 mois; la dernière date de 1934.

Traitement mixte (19 janvier 1939 - 4 juillet 1939).

Insuline : 35 comas.

13 demi-chocs.

Cardiazol : 11 crises convulsives.

Bien qu'ayant un électrocardiogramme légèrement anormal, ce malade sur l'insistance de sa famille a bénéficié du choc cardiazolique, il faut du reste signaler qu'à la suite de la suppression du tabac, un deuxième électrocardiogramme pratiqué, s'est montré quasi normal. La cure fut cependant mal supportée après chaque injection de cardiazol. Le malade a présenté des vomissements et très abattu devait être ramené dans son pavillon sur un brancard. A 2 reprises il a été présenté des rechutes de coma.

Rémission partielle ayant duré 1 mois.

Obs. 32. — M. Hen..., 37 ans. Hébéphrénie.

Date de début : 1929.

Durée de l'évolution : 10 ans.

Traitement mixte (18 avril 1939 - 23 juin 1939).

Insuline : 32 comas.

12 demi-chocs.

Cardiazol : 8 crises convulsives.

Traitement interrompu à la suite d'une fracture engrenée du col de l'humérus survenue au cours d'une crise convulsive. Le malade était cependant délié de tous ses liens et libre de ses mouvements. Aucun résultat.

Obs. 33. — M. Jol..., 30 ans. Schizophrénie.

Date de début : Août 1938.

Durée de l'évolution : 6 mois.

Traitement Insuline seule (10 février).

20 comas.

6 demi-chocs.

Au cours de la phase de pré-coma, a présenté des crises hystériformes. Au réveil, aphasie et dysarthrie.

Rémission parfaite. Sorti le 29 avril 1939.

OBS. 34. — M. Jul..., 32 ans. Hébéphrénocatatonie. Hythyroïdiens.

Date de début : Octobre 1939.

Durée de l'évolution : 19 ans.

Rémission de 1 an en 1932.

Traitement mixte (5 décembre 1938 - 18 février 1939).

Insuline : 30 comas.

7 demi-chocs.

Cardiazol : 9 crises convulsives.

A présenté de fréquents vomissements surtout après les injections de cardiazol. 2 fois a fait une rechute de comas dans l'après-midi; a présenté une crise d'épilepsie au cours du coma insulinaire.

A fait le 17 janvier une crise d'asphyxie avec apnée et collapsus cardio-vasculaire. Cet accident a cédé à un traitement énergique (alimentation précoce, lobéline, adrénaline, caféine).

A la suite de cet accident le traitement a été interrompu. Sans résultat.

OBS. 35. — Monsieur Noe..., 28 ans. Démence paranoïde; antécédents bacillaires (hémoptysie).

Date de début : Janvier 1939.

Durée d'évolution : 5 mois.

Traitement insuline seule (23 mai 1939 - 23 juin 1939).

14 comas.

Traitement arrêté à la suite d'une poussée thermique à 38° ayant duré plusieurs jours.

Sans résultat; évolution progressive.

OBS. 36. — Monsieur Nev..., 19 ans. Hébéphrénie.

Date de début : 20 août 1937.

Durée d'évolution : 2 ans 1/2.

Traitement cardiazol seul (30 mars 1938 - 14 mai 1938).

9 crises convulsives.

9 équivalents.

Amélioration puis rechute incomplète.

OBS. 37. — M. Par..., 28 ans. Schizophrénie. Syphilis. Alcoolisme.

Date de début : Mars 1936.

Durée d'évolution : 3 ans.

Traitement mixte (12 sept. 38 - 9 janvier 1939).

Insuline : 17 comas.

6 demi-chocs.

Cardiazol : 10 crises convulsives.

5 équivalents.

Rémission puis rechute progressive. Reprise du traitement.

2^e traitement mixte (23 janv. 1939 - 14 mars 1939).

Insuline : 14 comas.

14 demi-chocs.

Cardiazol : 3 crises convulsives.

Rémission puis rechute. Reprise du traitement.

3^e traitement mixte (15 mai 1939 - 4 juillet 1939).

Insuline : 3 comas.

7 demi-chocs.

Cardiazol : 8 crises convulsives.

Rémission puis rechute progressive.

OBS. 38. — M. Rou..., 29 ans. Dément précoce.

Date de début : 1931.

Durée d'évolution : 8 ans.

Traitement insuline, uniquement demi-chocs (30 janv. 39 - 11 avril 1939).

Rémission partielle. Très belle amélioration de l'état général.

TABLEAU 1. — GROUPE DES DEMENCES PRECOCES

N° de l'observation.	Rémission parfaite	Rémission partielle	Amélioration	Rechute	Sa s résultat	Durée de l'évolution
Mmes AR..., n° 1		+				2 ans
BA..., n° 2	+					3 ans
BE..., n° 3		+		+		8 ans
BL..., n° 4	+					3 ans
GA..., n° 5			+			2 ans 1/2
CO..., n° 6					+	6 mois
DE..., n° 7	+			+		3 ans
DU..., n° 8	+					8 ans
DU..., n° 9		+		+		3 ans
FO..., n° 10		+		+		8 ans
GA..., n° 11		+				6 ans 1/2
GO..., n° 12		+				3 mois
GR..., n° 13		+		+		7 ans
GR..., n° 14	+					3 ans
LE..., n° 15	+					3 mois
LE..., n° 16	+					6 mois
LE..., n° 17	+			+		4 ans
MO..., n° 18					+	3 ans
PA..., n° 19		+				3 ans
PO..., n° 20		+				5 mois
PO..., n° 21	+					5 mois
PI..., n° 22	+					6 mois
PO..., n° 23		+				3 ans 1/2
RU..., n° 24	+					5 ans 1/2
LE..., n° 25		+		+		3 ans
VA..., n° 26		+		+		7 ans
MM. BI..., n° 27		+		+		2 ans 1/2
DA..., n° 28					+	15 ans
DE..., n° 29	+					3 ans
FO..., n° 30		+		+		3 ans
GA..., n° 31		+		+		15 ans
HE..., n° 32					+	10 ans
JO..., n° 33	+					6 mois
JU..., n° 34					+	19 ans
NO..., n° 35					+	5 mois
NE..., n° 36			+	+		2 ans 1/2
PA..., n° 37		+		+		3 ans
RO..., n° 38		+				8 ans
38 cas	13	17	2	13	6	

Au total, sur 38 cas traités, 19 bons résultats stables, soit 50 %.

Dans les cas évoluant depuis moins d'un an nous notons sur 9 cas, 7 bonnes rémissions, 2 insuccès, soit environ 78 % de bonnes rémissions.

Enfin, notons que les résultats semblerait être moins favorables chez les hommes que chez les femmes.

GROUPE DE PSYCHOSES DIVERSES.

OBS. 1. — Mme Amo..., 28 ans. Confusion mentale.

Date de début : 1937.

Durée d'évolution : 1 an.

Traitement cardiazol seul (18 avril 1938 - 4 juin 1938).

Rémission totale. Sortie le 13 juin 1938.

Toujours bien.

OBS. 2. — Mme Dubo..., 27 ans. Psychose post-puerpérale.

Date de début : 1937.

Durée d'évolution : 10 mois.

Traitement insuline seule (30 juin 1938 - 8 septembre 1938).

15 comas.

Rémission totale.

Sortie le 20 septembre 1938. Toujours bien.

OBS. 3. — Mme Lalo..., 30 ans. Psychose maniaque dépressive.

Date de début : Avril 1938.

Durée d'évolution : 2 mois.

Traitement cardiazol seul (18 mai 1938 - 24 mai 1938).

3 crises convulsives.

1 équivalent.

Rémission totale. Sortie le 3 juillet 1938. Toujours bien.

OBS. 4. — Mme Leh..., 36 ans. Psychose maniaque dépressive.

Date de début : Avril 1938.

Durée d'évolution : 6 mois.

Traitement cardiazol seul (10 octobre 1938 - 10 novembre 1938).

Cardiazol intramusculaire : la malade n'a jamais eu de véritables crises convulsives et n'a présenté que des équivalents (13). A la suite de ses équivalents elle a présenté une rémission totale.

Sortie le 29 avril 1938. Toujours bien.

OBS. 5. — Mme Lu..., 56 ans. Mélancolie atypique.

Date de début : 1937.

Durée évolutive : 2 ans.

Traitement insuline (1^{er} janv. 1939 - 16 février 1939).

Uniquement demi-chocs.

Rémission partielle. Sortie le 19 avril 1939.

OBS. 6. — Mme Qui..., 42 ans. Manie confusionnelle.

Date de début : Octobre 1938.

Durée d'évolution : 3 mois.

1) *Traitement insuline* (7 février 1939 - 17 mai 1939).

50 comas. 1 crise convulsive épileptique.

Aménorrhée. Bien réglée avant le traitement.

Rémission puis rechute.

2) *Traitement mixte* (20 avril 1939 - 12 juillet 1939).

Insuline : 18 comas.

7 demi-chocs.

Cardiazol : 11 crises convulsives.

Le 29 avril, crises convulsives retardées au bout de 30 minutes dû à l'accumulation du cardiazol passé en sous-cutané au cours de 3 injections intra-veineuses successives (3 + 4 + 4 1/2 cc.). Crise de longue durée.

.. Rémission totale mais à la suite d'une peine avec son mari qui pour des raisons personnelles se refuse à la faire sortir, la malade a présenté une rechute à titre d'accès de manie aiguë.

Cure de sommeil pendant 1 mois, amélioration.

Obs. 7. — M. Bar..., 40 ans, mélancolie atypique ? Schizophrénie ?

Date de début : 7 avril 1938 (4^e accès).

Durée de l'évolution : 2 mois.

Traitement : *cardiazol* seul. 8 juin 1939 - 5 juillet 1939.

8 crises convulsives.

Au début de la série le malade a présenté une rémission après chaque crise convulsive, mais rechute progressive. Par la suite les résultats se sont stabilisés.

Assez bonne rémission. Sorti le 4 août 1939.

Obs. 8. — M. Caj..., 28 ans, déprimé hypochondriaque.

Date de début : Juillet 1936.

Durée de l'évolution : 1 an 1/2.

Traitement : *Cardiazol* seul : 22 mars 1938 - 20 avril 1938.

9 crises convulsives.

1 équivalent.

Rémission partielle, sorti le 15 juillet 1938, aurait partiellement rechuté en Mars 1939.

Obs. 9. — M. Con, 32 ans, état dépressif de type hypochondriaque avec état lectuaire durant depuis 3 mois chez un dégénéré, possibilité de schyzophrénie surajoutée.

Date de début : Décembre 1938.

Durée de l'évolution : 6 mois.

1°) *Traitement : Insuline* 1/2 choc. 1^{er} mai 1939 - 9 mai 1939.

Diminution de l'anxiété, amélioration de l'état général.

2°) *Traitement : Cardiazol seul* : 10 mai 1939 - 31 mai 1939.

7 crises convulsives.

Rémission totale sorti le 6 juin 1939.

Obs. 10. — M. Jal..., 39 ans, confusion mentale, antécédents bacillaires.

Date de début : 6 juin 1939.

Durée de l'évolution : 1 an.

1°) Traitement : *Cardiazol seul* : 26 mai 1939 - 31 mai 1939.

2 crises convulsives avec 4 cc.

Rémission totale, sorti le 3 juin 1939.

Rechuté le 6 juin 1939.

2°) Traitement : *Cardiazol seul* : 8 juin 1939 - 15 juillet 1939.

8 crises convulsives, était devenu cardiazol résistant et ne faisait plus ses crises convulsives qu'avec des doses de 8 à 10 cc.

S'est plaint pendant plus de 1 mois de lomgalgie.

Traitement arrêté à la suite d'un amaigrissement marqué et de crainte d'évolution bacillaire.

Amélioration.

Actuellement le malade est soumis à un traitement hygiéno-diététique et a un traitement par la collobacilline. Très bonne amélioration de l'état général. Peu de résultat au point de vue mental.

TABLEAU 2. — PSYCHOSES DIVERSES

N° de l'observation	Rémission	Amélioration	Rechute	Sans résultat
Mmes AM..., n° 1	+			
DU..., n° 2	+			
LA..., n° 3	+			
LE..., n° 4	+			
LU..., n° 5		+		
QU..., n° 6	+		+	
MM. BA..., n° 7	+			
CA..., n° 8	+		+	
CO..., n° 9	+			
JA..., n° 10	+		+	
10 cas	9 rémissions	1 amélio- ration	3 rechutes	0

Au total sur 10 cas traités, 8 bons résultats, stables soit : 80 %.

COMMENTAIRES

De ces résultats, il ressort qu'en dehors des cas de démence précoce, on note 80 % de cas heureusement influencés par l'insuline et par le cardiazol. Dans le groupe des démencés précoces, on constate 80 % de cas heureusement influencés si l'évolution date de moins d'un an. Plus l'évolution est ancienne, moins les résultats sont bons; cependant nous avons obtenu des rémissions chez des malades évoluant depuis 8 ans. Nous ne relevons que 6 cas n'ayant absolument pas été modifiés par le traitement.

Devant ces résultats on comprend qu'après avoir soulevé l'enthousiasme, le scepticisme ait succédé. Il est en effet légitime de se demander si les cas favorables ne sont pas uniquement les cas de diagnostics incertains, et certains ont pu penser que l'insuline et le cardiazol guérissaient tout sauf les démences précoces. Nous ne le pensons pas; dans 50 % des cas rebelles ou par conséquent le diagnostic de démence précoce semble s'imposer nous avons obtenu des rémissions au moins passagères; il semble donc que l'insuline et le cardiazol aient une action réelle même en cas de démence précoce mais les résultats sont alors moins durables, moins complets. Cependant un gros problème subsiste : les rémissions et les amélio-

ractions spontanées ne sont pas rares au cours de la démence précoce (12 % des cas pour KRAEPELIN, 20 % pour BLEULER). Surtout nombreuses sont les thérapeutiques et chacune compte des succès. Dans une communication récente à la Société Médico-psychologique, Messieurs BARUK et ZAPHIROPOULOS (A. M. P. Mai 1939) rapportent que sur 187 cas de syndrome dits de démence précoce ils ont noté :

50 cas de guérison.

33 cas de rémission ou amélioration.

35 cas de stabilisation.

69 cas de chronicité ou à évolution progressive.

Soit 83 cas favorables ou environ 45 %.

11 cas ont guéri spontanément; 17 cas ont guéri à la suite de traitements hygiéniques simples; 24 cas ont guéri à la suite de traitements étiologiques.

Ces résultats nous ayant parus surprenants, nous avons procédé à un travail analogue; nous avons établi la statistique des guérisons ou améliorations obtenues par le Docteur PETIT à la Maison de Santé de Ville Evrard au cours de ces 8 dernières années (1930-1938). Tout comme Monsieur BARUK, le Docteur PETIT traitait systématiquement tous les cas de démence précoce utilisant la psycho-thérapie, l'hydrothérapie, les traitements diététiques, les traitements de choc, les traitements anti-infectieux (salicylate de soude, uroformine), les traitements étiologiques et surtout le nucléinate de soude.

Sur un total de 272 malades, nous avons noté : 40 guérisons, et 90 améliorations, soit au total 130 cas

guéris ou améliorés ce qui fait environ 47 % des cas : mais il convient de noter que 32 cas ont rechuté ce qui baisse le taux à environ 43 %.

Nous arrivons ainsi à peu de choses près aux mêmes chiffres que Monsieur BARUK; à première vue ces résultats peuvent paraître surprenants et l'on pourrait penser que l'insuline et le cardiazol n'ont pas augmenté le nombre des guérisons et des améliorations dans la démence précoce. Il n'en n'est rien : en effet, parallèlement aux traitements par l'insuline et le cardiazol nous avons pratiqué d'autres thérapeutiques et nous avons obtenu ainsi quelques résultats favorables. Aussi pouvons-nous espérer qu'actuellement en combinant les divers traitements classiques et en y associant le cardiazol et l'insuline, le nombre des guérisons et des améliorations s'élèvera à près de 60 % (rappelons qu'avant ces essais de thérapeutique, KRAEPELIN ne notait que 12 % de guérisons).

Les thérapeutiques de la démence précoce sont variées; il convient de les employer à bon escient, de les instituer successivement, au besoin de les combiner. Qu'il nous soit permis de citer quelques extraits d'une publication faite par Monsieur PETIT au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de 1934. De cette publication intitulée « De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarques à propos d'un cas de G. D. Hébéphrénocatatonique guéri après 10 ans de traitement continu et prolongé », nous tirons les lignes suivantes : « La psychiatrie moderne semble encore toute imprégnée

d'un fatalisme doctrinal assez désespérant en ce qui concerne l'évolution, le pronostic et la thérapeutique de la plupart des psychoses, en particulier de la démence précoce. Au congrès de Paris de 1925, la majorité des aliénés semblait estimée qu'après 3 années d'évolution, la plupart des psychoses pouvaient être considérées comme chroniques et incurables, les guérisons dites tardives après ce laps de temps apparaissant comme exceptionnelles... il ne faut jamais désespérer mais à la condition de ne pas s'en remettre à la seule « *natura medicatrix* » et de continuer non seulement durant quelques mois mais pendant des années une thérapeutique persévérante, polymorphe et prolongée ».

A côté des autres thérapeutiques dont nous reconnaissons toute la valeur, il convient cependant de faire une large place aux thérapeutiques insuliniques et cardiazolique; comme ne cesse de le répéter le Professeur CLAUDE, l'atmosphère des Hôpitaux Psychiatriques change heureusement; l'expectative n'est plus de mise; il convient de traiter avec énergie et persévérance les malades mentaux. Nous voudrions terminer en attirant l'attention sur un grave problème : la plupart des rémissions au cours des démences précoces ne sont que des rémissions partielles. Doit-on laisser ces malades à l'asile ? Nous ne le croyons pas; nous avons pu laisser sortir plusieurs malades dans ce cas et nous avons reçu depuis d'excellentes nouvelles de leur famille. Nos malades arrivent à mener une vie sociale acceptable et à se ren-

dre utiles. Après le traitement, se pose la question de la récupération sociale de ces malades. En l'absence d'établissements adéquats, nous avons l'habitude en cas de rémission de demander la transformation du placement d'office en placement volontaire afin de pouvoir octroyer des permissions ainsi qu'aux malades placés volontairement. Cette mesure que nous déplorons de n'obtenir que très difficilement, nous permet la réadaptation progressive du malade.

Si l'expérience est favorable, nous essayons la mise en liberté définitive.

En cas d'incidents, le malade est traité à nouveau. L'avantage de cette mesure est double : d'une part, elle donne au malade l'impression qu'il est dans un hôpital et non dans une prison : d'autre part elle permet de dépister une psychose latente chez certains malades devenus réticents.

CONCLUSIONS

1) L'heureuse influence des thérapeutiques psychiatriques modernes : insulinothérapie, cardiazolthérapie,, surtout cure mixte, nous paraît indiscutable.

Cependant, il convient de ne pas se hâter pour affirmer une guérison, ou une rémission.

Les rechutes sont nombreuses.

Certains malades devenus réticents réussissent à cacher leurs symptômes morbides.

La sortie précoce sous forme de permission nous a semblé un bon test d'appréciation.

Après une telle permission certains malades sont encore améliorés et peuvent alors bénéficier d'une sortie définitive. D'autres laissent alors transparaître leur psychose qu'ils dissimulaient et doivent être à nouveau traités.

2) La cardiazolthérapie, traitement très pénible peut être essayé dans certaines confusions mentales ou psychoses maniaques dépressives qui semblent devoir passer à la chronicité.

Dans ces cas en effet s'il doit y avoir un heureux résultat il se produit vers la 2^e ou 3^e injection.

Une contre-indication absolue est un électrocardiogramme anormal.

3) L'insulinothérapie peut être utilisée en cas d'électrocardiogramme anormal à condition que la tension artérielle soit normale et l'examen clinique négatif.

Elle améliore les malades aggravés par la cardiazolthérapie.

Elle consolide les résultats de cette dernière méthode.

4) La cure mixte doit systématiquement être instituée lorsqu'après le 20^e comas insulinique, il n'y a pas d'amélioration notable.

Avantages. — Renforce les résultats de l'insuline.

Rend le cardiazol moins pénible.

Inconvénients. — Parfois mal supportée, car la cure est souvent très fatigante.

5) Avant d'être abandonné le traitement doit avoir été longtemps mis en œuvre.

Il faut traiter les rechutes avec persévérance, changer au besoin de thérapeutique (cure de sommeil ou chrysothérapie).

Et quelques négatifs que puissent paraître les résultats, ne jamais se décourager.

Vu : Le Président de Thèse,

LAIGNEL-LAVASTINE,

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour une bibliographie complète, nous renvoyons le lecteur aux thèses de Robert CHOPLIN (Lyon 1938) et d'Emmanuel BENOIST (Paris 1938). Nous nous contenterons ici de citer les articles et les ouvrages qui nous ont paru avoir le plus de rapport avec notre sujet.

SAKEL. — Nouvelles méthodes de traitement de la Schizophrénie. Vienne 1935.

—— De la signification de la crise épileptique comme facteur thérapeutique dans la thérapeutique médicamenteuse du choc dans la Schizophrénie. *Klinische Wochenschrift* 1937-11-1277.

—— Nouveau traitement de la morphinomanie. *Zeit. Neurol.* 143 (1933).

—— De la méthode de traitement des psychoses par l'hypoglycémie. Vienne. *Klinische Wochenschrift*, 1936-11-1278.

SAKEL. — Nature et genèse du traitement hypoglycémique des psychoses. (*Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie le 29 mai 1937 à Münsingen*).

—— Historique de l'origine du traitement de la Schizophrénie par le choc insulinaire. *L'Encéphale*, Avril 1938, page 153.

BRAUNMÜHL. — Die Insulinschock behandlung der Schizophrenie. (*Unter Berücksichtigung des Cardiazolkramfes*), Berlin 1938.

VON MEDUNA. — La thérapeutique de la Schizophrénie par les convulsions. (*Halle* 1937).

—— La signification de la crise épileptique dans le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire et les crises convulsives cardiazoliques. *Psych. Neurol. Wschr.*, 1937-1-331.

- Recherches sur les influences biologiques au cours du traitement de la schizophrénie par la médication convulsive. *Zeit. Neurol.* 152 (1935).
- La thérapeutique de la schizophrénie par les convulsions. *Neurol. Wschr.*, 1935-1-317.
- Sur la crise épileptique expérimentale. *Arch. F. Psych.* 102 (1934).
- FROSTIG. — Recherches sur les réactions du cœur à l'insuline et à l'hypoglycémie. *Z. Klin. Med.* 130 (1936).
- PALISA (Ch.) et SAKEL (M.). — De la symptomatologie des états hypoglycémiques dans les psychoses traitées. *Munch. Psych.* 96 (1937).
- BROUSSEAU. — La thérapeutique convulsivante de la Schizophrénie. *Encéphale* 1937-32-I.
- CLAUDE (H.). — Résultats actuellement obtenus à la clinique psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie. *Soc. Méd. Psych.*, séance du 21 juillet 1938. In *A. M. P.* 1938, page 213, Tome 2.
- CLEMENS (P.). — Des variations de la glycémie provoquée par l'injection de pentaméthylènetétrazol chez les schizophrènes. *Journal belge de Neurol. et de psych.*, Mai 1938, page 357.
- LAURENT et RONDEPIERRE. — Sept psychoses du type démente précoce traité par l'insuline. *A. M. P.*, Oct. 1937, page 534.
- BAKER. — Cerebral lesions in hypoglycemia: some possibilities of irrevocable damage from Insulin shock. *J. Am. Med. Ass.*, III, N° 19, page 1798-1938.
- GOLDMAN. — Chart of control and recording of insulin Shock Therapy. *J. Am. Med. Ass.* III, N° 22, page 2.045, 1938.
- LARKIN (E.). — Psychologic aspects of Insulin Shock. Therapy. Psychosomatic Study. *J. Am. Med. Ass.* III, N° 22, page 2.053, 1938.
- NIELSEN (J. M.). — Pulmonary edema and embolism as complications of insulin Shock in the treatment of schizophrénie. *J. Am. Med. Ass.*, III, page 2455, N° 58, 1938.
- YOUNG (G. A.). — Treatment of Psychoses by Insulin and

- Metrazol. *J. Am. Med. Ass.*, III, N° 20, page 1882 (1938).
- GÉRANDEL. — Contre-indication cardiaque, la cardiazolthérapie. *A. M. P.*, Mai 1939.
- DEMAY, SOULAIRAC (A.) et NAUDACHER (Jean). — Cardiazol et troubles pulmonaires. *A. M. P.*, Mai 1939.
- HYVERT (Maurice). — Sels d'or et Cardiazol. *A. M. P.*, Mai 1939.
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT (M.) et PICHARD (H.). — Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique (expérimentation et essai clinique de 17 mois). *A. M. P.*, Mai 1939.
- BARUCK et ZAPHIROPOULOS. — La guérison dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc. *A. M. P.*, Mai 1939.
- FROMENTY. — Les rémissions de la schizophrénie. Statistiques sur leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie. *Encéphale*, Tome I, 275-286, Mai 1937.

